

# 証明書

（ 氏 名 ） について、  
（ 施設種別 ） に従事する者であり、  
新型コロナウイルスワクチンの優先接種の対象  
（高齢者施設等従事者）であることを証します。

令和 年 月 日

（法人名）  
\_\_\_\_\_

（施設名）  
\_\_\_\_\_

（所在地）  
\_\_\_\_\_

（施設連絡先）  
\_\_\_\_\_

（管理者氏名）  
\_\_\_\_\_